

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

728

Année 1936

THÈSE

N°

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

JABLONSKI Gustave

né à VARSOVIE le 1^{er} Juillet 1901

L'AUTOHEMOTHERAPIE
LOCALE
DANS LE TRAITEMENT
DE L'ECZEMA

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

N°

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

JABLONSKI Gustave

né à VARSOVIE le 1^{er} Juillet 1901

L'AUTOHEMOTHERAPIE
LOCALE
DANS LE TRAITEMENT
DE L'ECZEMA

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

LE DOYEN ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ...	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
J. BEZANÇON	Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.
ABRAMI
ALAJOUANINE ..
AUBERTIN
BRULE
CHABROL
CHIRAY
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR - VAL-
LERY-RADOT ..
SEZARY

Clinique médicale.

MM.
BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER
HEITZ-BOYER ...
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique chirurgicale.

METZGER

MM.
GUENIOT
LE LORIER
ECALLE
LEVY-SOLAL

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

(In Memoriam)

A MON PERE

A MA MERE

MEI ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur*

*Pour le grand honneur
qu'il nous a fait d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A. M. LE DOCTEUR M. HAMBURGER

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

*En témoignage de ma pro-
fonde et respectueuse grati-
tude.*

INTRODUCTION

Dans bien des circonstances, l'eczéma constitue une maladie particulièrement tenace par son évolution chronique et ses poussées successives. Rien, semble-t-il, ne peut entraver cette marche progressive ou chronique, pas plus les traitements locaux que le traitement d'ordre général.

Dans l'ensemble de ces cas, en effet, la cause de l'eczéma est inconnue. Si en effet nous nous rapportons aux différentes définitions de l'eczéma, nous devons admettre avec Besnier qu'il s'agit d'une affection cutanée souvent mieux caractérisée par son évolution que par ses symptômes et ne retenir que l'aspect clinique de la maladie ou adopter avec Unna que c'est « une maladie bien spécifique avec un substratum histologique bien défini », mais ce substratum put être trouvé dans nombre de dermatoses autres que l'eczéma.

Affection microbienne, anaphylaxie pour Ravaut, toxicodermie pour Jadassohn, éruption vésiculaire correspondant à une spongiose épidermique pour Darrier, dermo-épidermite pour Sabouraud. Autant de formules dont aucune ne peut malheureusement englober toutes les manifestations de cette entité morbide et complexe.

On ne peut donc, dans ces conditions, qu'appliquer des médications symptomatiques souvent décevantes par leur effet passager ou inconstant.

Toutefois ces dernières années on a pu mettre en évidence parmi les causes obscures de l'eczéma, ceux qui se rapportent à un état de désensibilisation à des substances irritantes encore appelées réactogènes. Dans ces processus, le thérapeute peut alors avoir une action soit par des méthodes de désensibilisation spécifique — pas toujours exemptes de danger du reste — soit par des méthodes de désensibilisation non spécifique telles que les injections d'hyposulfite de soude, l'emploi de la peptonothérapie de l'autohémothérapie ou auto-sérothérapie ou d'autres procédés encore qui tous ont leurs succès mais aussi leurs échecs.

Il nous a semblé, pour parfaire ce mode d'action sur l'eczéma, de procéder différemment en injectant dans un placard d'eczéma une certaine quantité de sang ce qui permet d'infiltrer le derme et la zone cutanée, d'où isolement de la lésion par le plan profond.

Ce sont les résultats de cette technique que nous vous présentons et discutons dans ce travail.

On peut proposer à cette méthode le nom d' « *Auto-hémothérapie locale* » pour l'opposer à la technique habituelle dans laquelle le sang est réinjecté dans une zone musculaire quelconque. Ce procédé récent a été employé en premier lieu par le Docteur Maurice Hamburger à sa consultation de médecine à l'hôpital Lariboisière.

Il est évident qu'une telle méthode s'applique essen-

tiellement aux eczémas localisés. Toutefois, lorsque les lésions sont multiples ou plus généralisées, il est nécessaire de renouveler des injections du sang en des points différents. Il y a lieu de signaler dès maintenant l'amélioration du prurit et de l'eczéma dans des zones distantes du point injecté. Malgré tout, l'autohémothérapie locale trouve son indication majeure dans l'eczéma circonscrit, quelle qu'en soit l'ancienneté.

Il y a lieu, quant à la thérapeutique, d'isoler le prurit avec eczéma de la région ano-génitale des eczémas localisés. Cependant, nous ajoutons quelques observations de prurit ano-génital traité par cette méthode.

MECANISME

Jusqu'alors les traitements locaux de l'eczéma se proposaient d'isoler la zone malade par les plans superficiels pour éviter les traumatismes, enrayer le prurit et combattre les infections accidentelles ou encore pour modifier l'état général de la peau par des procédés cliniques.

Souvent ces méthodes sont irritantes et mal tolérées, aggravant parfois l'état congestif et l'œdème des lésions. Parfois aussi il est particulièrement difficile d'isoler par un pansement une zone malade.

De toute façon, il nous a semblé infiniment plus simple d'agir par les plans profonds des lésions pour les isoler en quelque sorte à l'action humorale. Dans ces conditions, on pouvait imaginer d'utiliser soit des liquides contenant des médicaments, soit le sérum artificiel salé, isotonique, soit le sérum du malade, soit encore le sang de celui-ci.

D'emblée le choix se portait sur le sang (Maurice Hamburger, Ph. Marre, Waynberger, 1932), les premiers résultats obtenus ont démontré l'efficacité de ce mode de traitement pour combattre le prurit qui disparaît en quelques heures et pour une durée de quelques heures. Aussi faut-il renouveler les séances d'autohé-

mothérapie locale pour éloigner les crises de démangeaisons et enrayer définitivement le prurit. C'est dans ces conditions seulement que l'eczéma s'améliore et que les lésions cutanées disparaissent. Il semble donc en observant le malade que le prurit est un élément fondamental de la physio-pathologie de l'eczéma.

Par la suite, cherchant à préciser le mécanisme d'action de l'autohémothérapie locale, nous avons injecté du sérum physiologique, de l'eau distillée, du sérum du malade. Il ne paraît pas indifférent de choisir l'un ou l'autre. Nous avons en effet constaté que l'eau distillée injectée dans le derme cause des douleurs vives et rend la méthode difficilement applicable. Le sérum physiologique inoculé dans les zones malades est d'un emploi très aisé. Toutefois, la résorption du liquide se fait trop rapidement et son effet local thérapeutique est moins prolongé que pour ce qui est du sang. C'est peut-être pour cette raison que nous avons maintes fois constaté que le sérum physiologique ainsi employé est moins efficace que les injections du sang, ces essais étant tentés chez les mêmes malades.

Plus le liquide injecté est visqueux ou se résorbe lentement, plus l'effet se prolonge. Nous avons tenté quelques injections d'huile d'olive stérilisée dont la pénétration est pénible et souvent douloureuse.

Le choix, en définitif, du sang du malade nous paraît préférable. Nous n'avons jamais tenté d'inoculer du sang d'un donneur à un eczémateux.

Tzanck a fait des essais avec la solution de novocaïne, il a insisté surtout :

1° Sur l'importance étiologique du prurit dans l'apparition de certains eczémas.

2° Sur le rôle du système nerveux périphérique sensitif dont le prurit est l'expression clinique.

3° Sur la thérapeutique, qui doit comporter à la fois un traitement local externe et l'élimination des facteurs prédisposants, parmi lesquels l'hypersensibilité de l'appareil sensitif de la peau qui tient une place prépondérante.

Les premiers eczémas traités furent les eczémas génitaux avec prurit intolérable et tenace.

Siebourg préconisait des injections locales de sérum physiologique. Moorer employait les injections locales de quinine et d'urétane.

En France, Vignes, a signalé à la Société de Dermatologie les résultats obtenus avec le chlorydrate de quinine et d'urée dans le prurit vulvaire. Wilner anesthésiait le foyer de l'eczéma. Plusieurs auteurs ont employé successivement l'urine, l'oxygène, le lipiodol, etc.

Mais nous pensons, avec M. Hamburger, que le choix du liquide médicamenteux est secondaire, et ce qui importe avant tout c'est l'isolement de la zone cutanée atteinte par l'infiltration de sa base par un liquide tel que par exemple le sang ou le sérum physiologique. De plus, il s'agit d'attaquer la lésion cutanée non plus par sa face superficielle, mais par sa face profonde. On obtient ainsi un isolement beaucoup plus sûr de la zone cutanée atteinte.

L'autohémothérapie locale s'adresse aux eczémas localisés, à des névrodermites, à des zones cutanées qui

se sont eczématisées à la suite de grattage provoqué par un prurit intense.

Il y a donc protection de la peau, isolement et distension. Cette distension dans l'ensemble est d'autant plus douloureuse que les tissus sous-épidermiques sont plus serrés, soit par infiltration pathologique, soit par leur disposition anatomique et c'est ainsi que la distension est plus pénible au niveau de la paume de la main et aux doigts que dans certaines régions où la distension par le liquide injecté est presque indolore.

On pourra objecter que la méthode n'est pas basée sur des données scientifiques. Il eût été préférable de substituer à ce traitement plutôt empirique un autre qui se soit inspiré de l'étiologie de certains eczémas et autres dermatoses prurigineuses, mais toutes les tentatives faites dans ce sens jusqu'à ce jour n'ont pas donné malheureusement un résultat bien probant.

Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de l'eczéma dont l'étiologie peut être rapportée à une cause plus précise comme, par exemple, dans des cas où l'éruption s'accompagne des autres manifestations cliniques telles certaines insuffisances fonctionnelles ou glandulaires. Il semble en effet que dans ces cas, le malade se trouvera bien d'une thérapeutique consistant dans des injections de son sang mélangé d'un extrait glandulaire.

Dans le même ordre d'idée, Darrier pense que la thérapeutique de tout eczéma doit répondre à trois indications :

1° Traiter la lésion ;

2° Défendre le malade contre les causes nocives ;

3° S'efforcer de le rendre réfractaire à ces causes.

a) En ce qui concerne le traitement des lésions, ce qui domine dans un eczéma aigu, c'est la congestion inflammatoire ; on la combat par la mise au repos et la protection des surfaces atteintes. Des lotions et pansements humides soulagent mais favorisent en même temps la macération et l'infection. Il est donc préférable de ne se servir que de lotions légèrement acides ou antiseptiques ou de pâtes.

b) Quant au traitement causal, il est évident qu'il faut supprimer les réactogènes intolérés chaque fois qu'on peut les déterminer avec précision. Il est formellement indiqué et très généralement efficace dans les cas d'eczéma scabieux.

Mais à côté de ce traitement local, il convient d'instituer non accessoirement mais obligatoirement un traitement général de désensibilisation ou de biophylaxie qui consiste à éveiller, à soutenir, à fortifier les moyens de défense naturels de l'organisme.

Quelle que soit la théorie dont il révèle, les moyens employés dans ce but sont en résumé les suivants :

1° La vaccinothérapie qui mérite une mention toute spéciale en raison de la faveur dont elle jouit actuellement en pathologie. Il va de soi qu'aucune vaccination véritable, c'est-à-dire spécifique, n'est envisagée dans aucun eczéma.

Cependant on est tenté, dans les eczémas impetigineux, d'employer des vaccins staphylococciques, des bouillons lysats, des filtras divers. Il n'est pas prouvé

qu'ils agissent autrement que par biophylaxie. Il en est vraisemblablement de même de l'organothérapie.

On ne saurait trop souligner que des médications endocriniennes (thyroïde, ovaire, hypophyse, surrénale et vago-sympathique) de même que les régimes alimentaires et la crinothérapie ne s'adressent pas aux processus d'eczéma, mais à l'état de santé générale du malade. Employées à bon escient, elles peuvent être d'une grande utilité.

3° Dans l'ordre de chimiothérapie aucun médicament ne saurait prétendre au titre d'anti-eczémateux, plusieurs peuvent trouver leur emploi en tant que modificateur des désordres organiques, fonctionnels ou de nutrition générale, s'ils sont indiqués par l'état de santé du sujet. Il en est ainsi exceptionnellement des anti-syphilitiques. On est en droit de considérer comme illusoires les vertus autrefois attribuées aux arsenicaux par voie buccale ou même parentérale.

On fait quelquefois des injections hypodermiques profondes de suspensions huileuses de soufre ou de sels bismuthiques dans des cas d'eczémas rebelles avec la visée d'intervenir par une médication ménagée de choc.

Il en est tout autrement des médicaments qu'on peut considérer comme stabilisateurs des humeurs ainsi nommées parce qu'eux-mêmes ils ne sensibilisent pour ainsi dire jamais l'organisme.

Les hyposulfites de soude, de magnésie, par voie buccale, hypodermique ou endo-veineuse ont une valeur désensibilisatrice incontestable.

Dans cet ordre d'idées, une mention doit être réservée

à l'action bienfaisante des stations thermales (Uriage, Luchon, etc...) dont le résultat est manifeste dans certains cas d'eczémas tenaces et presque intraitables.

4° La sérothérapie, auto ou hétérothérapie, qui s'adresse aux intolérances humorales, n'est guère indiquée dans l'eczéma qui de son essence repose sur des intolérances tissulaires.

5° La protéinothérapie par voie buccale peut être aussi fort utile dans certains cas par voie sous-cutanée, elle est difficile à régler, elle est défendue par voie intraveineuses. Les injections hypodermiques de lait écrémé et stérilisé en sont une variante dont on pourrait en user avec prudence dans certains cas d'eczémas chroniques.

Une place toute particulière pourtant doit être réservée à l'autohémothérapie. C'est un adjuvant extrêmement précieux, et dont l'action est des plus efficace. Utilisé d'une façon appropriée, il peut rendre de très grands services, mais son mode d'emploi constitue la phase la plus délicate et aussi la plus importante dans le traitement par l'autohémothérapie locale. Dans ce traitement, la voie d'introduction du sang a très certainement une importance capitale, nombre de malades traités antérieurement par l'autohémothérapie intramusculaire et autres méthodes de désensibilisation sans résultats appréciables, se sont vus guérir par quelques injections locales.

On ne peut prétendre que l'autohémothérapie locale agit comme le ferait l'autohémothérapie intramusculaire.

L'autohémothérapie locale agit par l'action mécanique où la distension tégumentaire est seule en cause. Cependant, l'effet se sent après résorption du liquide infiltrant, la modification des téguments survit à l'injection et des cas de guérisons sont durables. La distension cutanée n'est qu'un effet éminemment passager se dissipant immédiatement après l'injection tandis que l'amélioration subjective et objective ne survit que d'une manière relativement tardive mais durable.

Il est possible que le sang possède des qualités thérapeutiques qu'il doit à son simple transport de la veine dans les tissus cellulaires sous-cutanés, ou même des propriétés curatives par son injection dans la lésion même.

Luithlen a démontré qu'il existe des différences notables selon le lieu et la profondeur de l'injection.

Une injection intra-dermique agit souvent plus vite qu'une injection sous-cutanée. Y aurait-il une intervention probable du parasympathique ? Or, nous savons qu'un grand nombre d'eczémateux présentent une irritabilité du parasympathique.

Nous pensons également avec M. Hamburger que l'injection du sang pur doit être préférée à son association à la novocaïne.

Jaussion signale nombre de dermites d'intolérances survenues chez les dentistes et leurs patients par suite d'abus de novocaïne et ces dermites se compliquent presque toujours de streptococcie. L'origine novocaïnique de ces accidents ne paraît point douteuse à en juger par les réponses que l'on obtient à la cuti-réaction

d'épreuve.

Après avoir essayé successivement de nombreuses substances comme sérum cocaïné, sérum salicylé, ioda-septine novocaïne, Louste et Levy-Franckel ont renoncé à cette dernière à cause de nombreux accidents. Ils pensent que l'action mécanique qui distend les tissus et comprime les terminaisons nerveuses n'est aucunement dangereuse et donne les mêmes résultats.

Pour nous résumer, nous pensons que le mode d'action dans l'autohémothérapie locale est essentiellement mécanique, parfois aussi elle agit par désensibilisation.

Le liquide à injecter est d'une importance secondaire et, à ce point de vue, le sérum physiologique à 7/1000^e par exemple peut être également employé. Si nous lui préférons les injections du sérum du sang ou mieux encore du sang pur, c'est que ce dernier est de résorption plus lente et par conséquent les terminaisons nerveuses sensibles de la peau se trouvent noyées par le liquide injecté pendant une durée plus longue.

L'effet immédiat, lié sans doute à ce phénomène, est la suppression en quelques heures du prurit après l'injection, effet plus remarquable avec cette technique que lorsqu'on emploie l'autohémothérapie avec injections intramusculaires.

(*
* *

Toutefois à cette action purement mécanique s'ajoute également un effet de désensibilisation locale et peut-être même générale. La preuve nous en est donnée par certaines observations d'eczémateux ayant des accès d'asthme traités par l'autohémothérapie locale dans le

seul but d'améliorer les lésions cutanées et dont les crises d'asthme s'atténuèrent par cette pratique.

Cet effet désensibilisant par les injections de sang en un point donné est encore fourni par les observations de malades chez lesquels les lésions eczémateuses s'améliorent à distance des endroits traités. Il s'agit souvent de femmes qui présentent des lésions d'eczémas des mains, et du prurit au niveau de la poitrine et du cou. A la suite d'injections locales pratiquées aux mains, le prurit de la poitrine et du cou disparaît.

M. Hamburger a pu constater dans de nombreuses observations l'action de l'autohémothérapie locale dans des cas de prurit rebelle où le sang agit avec plus de régularité que le sérum physiologique, ajoutant ainsi l'effet de désensibilisation locale à celle de distension mécanique et la « mise à plat » des lésions cutanées.

Loin de nous de vouloir trancher cette question par des affirmations qui ne sont basées que sur des données cliniques, dégageons pourtant, faute de mieux, quelques observations qui cadreraient aussi bien avec la logique qu'avec l'expérience.

A la suite d'injection locale, il se produit un isolement de la plaque eczémateuse. Cet isolement est d'autant plus parfait que le liquide attaque la lésion non plus par sa face superficielle mais par sa face profonde. La partie malade étant ainsi séparée physiologiquement du reste de l'organisme, il en découle la disparition du prurit.

En même temps que la lésion se trouve isolée, elle est

protégée et cette protection la met à l'abri des complications dues aux lésions de grattage.

Il y a donc isolement et protection, mais il y a aussi distension de la peau, phénomène purement mécanique mais qui rend des services appréciables dans la disparition des lésions eczémateuses et prurigineuses.

Le choix du liquide à injecter semble être d'ordre secondaire, pourtant nous pensons que l'injection du sang pur doit être préférée à toute autre, ou même à son association avec un liquide anesthésiant. Il est bien difficile de vouloir partager le rôle que le sang joue dans son action mécanique et dans son activité physiologique. Le fait est pourtant certain, l'autohémothérapie intramusculaire nous a rendu des services énormes dans le traitement des eczémas généralisés. Pourquoi lui refuser un rôle analogue en injections sous-lésionnelles ?

A côté d'action mécanique, le sang pourrait très bien jouer un rôle de désensibilisant général.

TECHNIQUE

La technique que nous avons adoptée d'après M. Hamburger est d'un maniement extrêmement facile.

On prélève 5 à 10 cm. de sang dans une veine du pli du coude avec une seringue lubrifiée par quelques gouttes d'huile de paraffine stérilisée, afin d'éviter une coagulation précipitée. Les substances anticoagulantes habituelles, comme le citrate de soude par exemple, sont à rejeter étant très douloureuses.

Après désinfection habituelle de la peau autour de la lésion, à l'alcool ou à l'iode, on injecte rapidement le sang en piquant à distance des bords de la plaque et en circonscrivant cette dernière par une série d'injections tout comme on pratiquerait une anesthésie.

On choisit l'aiguille d'une longueur suffisante et on l'enfonce à un ou deux centimètres de la périphérie de la plaque, très oblique presque parallèle aux téguments, la pointe de l'aiguille dirigée vers le centre de la lésion. Il semble à peu près indifférent de piquer dans le derme (on voit apparaître une plaque violacée, parfois un aspect de peau d'orange) ou dans les tissus sous-épidermiques (on peut constater alors la formation d'une boule d'œdème).

Les quantités à injecter ne peuvent avoir qu'une

signification approximative, il n'est pas nécessaire d'injecter beaucoup de sang pour des plaques de petites dimensions. Pour traiter par exemple une plaque d'eczéma d'un diamètre d'une pièce de 1 franc, il suffit de quelques gouttes ou un cm^3 au plus de sang, tandis que pour infiltrer une région particulièrement dense on devra utiliser des doses plus élevées allant jusqu'à 10 cm^3 .

Les injections sont d'abord quotidiennes, puis espacées de quelques jours, ainsi on est amené à réinjecter deux ou trois fois la même zone.

La durée du traitement est variable, mais en général 6 à 12 injections suffisent pour obtenir un résultat appréciable.

RESULTATS

La méthode est assez récente pour qu'on puisse prétendre à une guérison définitive et complète. Les améliorations sont cependant assez nettes et persistantes pour que nous ayons le droit de la préconiser chaque fois qu'on se trouvera en présence d'un placard d'eczéma de vieille date dont l'étiologie ne peut être rattachée ni à une lésion organique, ni à une insuffisance fonctionnelle quelconque, et qui est resté rebelle à toute autre thérapeutique. Plusieurs malades qui ont été soignés auparavant sans résultat appréciable pendant de nombreuses années pour de l'eczéma siégeant principalement aux avants-bras et aux mains ont vu leurs lésions s'atténuer au bout de deux injections.

Les résultats obtenus sont très constants, les malades qui ont été soumis à cette méthode, et qui bien entendu n'avaient pas subi un traitement thérapeutique parallèle pendant la durée du traitement, ont vu le soir même ou le lendemain de la première injection, leur prurit céder, ce qui les incitait à revenir et à supporter la douleur de l'injection, qui est d'ailleurs minime.

En quelques jours, les plaques d'eczéma changent d'aspect. Elles se décolorent, leurs contours s'estompent, le rétrécissement va de la périphérie vers la partie

centrale, l'infiltration diminue considérablement, souvent l'effet se propage au delà de la zone injectée, la peau devient souple et le prurit disparaît à une certaine distance de l'endroit injecté.

Nous avons constaté ainsi, que dans quelques cas, des malades atteints d'eczéma des mains et des doigts, ont vu leurs lésions cutanées des doigts se modifier après une injection sous les téguments du dos de la main.

Un fait bien particulier, qui pourrait servir de critère, sinon de guérison au moins d'une amélioration très nette, c'est l'assouplissement de la peau qui après quelques piqûres et après résorption du sang injecté perd son infiltration. L'effet est surtout frappant au niveau des doigts, la malade peut facilement fléchir ses phalanges, dont la mobilisation était autrefois douloureuse et gênée par l'infiltration tégumentaire.

La méthode doit s'adresser aux lésions strictement localisées, aux eczémas à plaques infiltrées, pour lesquelles on peut parler de névrodermites.

L'ancienneté de la lésion n'est pas une contre-indication, tout au contraire, elle paraît être une condition favorable.

La méthode est pratiquement inapplicable aux eczémas généralisés, cependant on a pu noter que dans quelques cas l'autohémothérapie locale a favorablement influencé des lésions siégeant à distance, notamment la disparition du prurit à distance et l'amélioration du placard du côté opposé à l'injection.

Il arrive quelquefois qu'on note une exacerbation de phénomènes après la première injection. On a pu re-

marquer ainsi une poussée aiguë avec prurit intense, sensation de chaleur et même apparition de quelques vésicules.

Ces paroxysmes sont sans lendemain et vite remplacés par une sensation de bien-être qui se prolonge par la suite.

On a noté également quelques récidives vite jugulées par une ou deux injections.

entrer en ligne de compte en face des améliorations très nettes obtenues dans le traitement des eczémas jusqu'alors rebelles.

OBSERVATIONS

1^{re} OBSERVATION

Madame H... présente une plaque d'eczéma datant de six ans au niveau de la face postérieure du poignet droit. Différentes pommades, pansements alcoolisés, eau d'Alibour se sont avérés inefficaces.

A l'examen on constate une plaque d'eczéma bien limitée, de dimensions d'une petite paume de main avec une peau épaisse, lichénifiée par endroits.

Une première injection d'autohémothérapie locale amène une amélioration notable, la plaque s'estompe à la périphérie. A la quatrième, la partie centrale perd de sa rougeur, la peau devient plus souple à cet endroit.

Après la 6^e injection, on note une disparition presque complète de la plaque. On continue toutefois jusqu'à 12 injections et l'amélioration persiste.

2^e OBSERVATION

Madame N..., 40 ans, présente depuis 20 ans un eczéma prurigineux au niveau des deux mains avec prédominance des lésions sur les faces antérieures des deux poignets.

On constate à l'examen des placards d'eczéma crouteux, lichénifiés par endroits avec un épaissement de la peau à ce niveau et l'eczéma présente des poussées vio-

lentes à l'approche des règles et chaque fois qu'il y a contact avec l'eau. On pratique une injection locale sous les placards eczémateux, grosse amélioration. Après la 2^e injection le prurit disparaît et après la quatrième, les lésions eczémateuses ont notablement regressé.

Après la 6^e injection on note une disparition complète de l'eczéma et du prurit et la guérison se maintient depuis, malgré le contact de l'eau. Les menstrues non plus n'ont aucune influence sur la maladie.

3^e OBSERVATION

Madame J..., 57 ans, présente un placard d'eczéma large de 7 cm. et long de 10, infiltré, à bords irréguliers, suintant, couverts de croûtes et siégeant au niveau de la partie postéro-externe de l'avant-bras gauche. Cet eczéma date de deux ans et toutes les thérapeutiques locales pratiquées n'ont donné aucun résultat appréciable.

La malade constate par moment une amélioration passagère du placard au niveau de la périphérie qui semble s'estomper parfois, toutefois sans aucune influence sur la partie centrale qui ne présentait jamais la plus légère amélioration.

Il y a exacerbation du placard au moment des règles et chaque fois que la partie eczémateuse est au contact de l'eau avec des poussées de prurit très accentuées et très pénibles.

Une première injection d'autohémothérapie locale semble avoir un effet favorable. La rougeur diminue et l'infiltration disparaît, le prurit cède, cependant quelques rares éléments papuleux persistent. La 2^e injection amène une amélioration notable et après la 4^e on note une disparition presque complète du placard eczémateux.

4^e OBSERVATION

Madame Y... vient consulter pour une éruption eczéma-teuse au niveau de la partie droite de l'abdomen et qui date de trois mois environ. On constate un vaste placard très prurigineux.

L'autohémothérapie profonde intramusculaire ainsi que tous les traitements locaux se sont avérés inefficaces. On institue un traitement d'autohémothérapie locale. Quelques heures après la première injection, on note une disparition du prurit qui, toutefois, revient le lendemain. Les 5 injections consécutives pratiquées tous les jours ont un effet analogue. A la 10^e injection, la disparition du prurit est complète; les lésions disparaissent en 12 piqûres.

5^e OBSERVATION

Madame P..., 34 ans, se plaint d'un eczéma ano-vulvaire avec prurit datant de huit ans et d'une plaque prurigineuse au cou et aux bras au niveau desquels on constate des lésions de grattage. A la suite d'une série d'autohémothérapie les lésions du cou et des bras disparaissent mais les lésions prurigineuses persistent.

Tous les traitements locaux sont appliqués sans succès et depuis quatre ans le prurit est devenu tellement intense que la malade ne dort plus. Une poussée de furonculose survenue semblait être améliorée par une série d'autohémothérapie intramusculaire qui est restée pourtant sans aucune action sur les plaques ano-vulvaires.

La malade présente une tendance à la constipation et à de mauvaises digestions. À l'examen on constate des lésions lichénifiées péri-anales et péri-vulvaires surtout à droite où elles atteignent les dimensions d'une large paume de main avec infiltration des tissus et excoriations.

Une injection péri-anale et péri-vulvaire amène une diminution notable des lésions eczémateuses. Le prurit s'améliore et permet à la malade, le jour de la première piqûre, de dormir presque toute la nuit.

La 2^e injection locale pratiquée quatre jours après amène la guérison de l'eczéma, la disparition du prurit. La malade dort bien, mais présente quelques furoncles sur les cuisses qui toutefois disparaissent 10 jours plus tard.

6^e OBSERVATION

Madame J..., concierge, 47 ans, présente depuis 4 ans des lésions d'eczéma lichénifié avec des placards isolés sur les mains et les avant-bras et une zone très prurigineuse au niveau de la poitrine et du cou. Une série de 12 injections d'autohémothérapie intramusculaire n'a donné aucun résultat. Un traitement local est resté aussi inefficace.

Après une première injection d'autohémothérapie locale, on constate une légère amélioration.

Huit jours après, régression de la lichénification, et du prurit au point d'injection, et dans la zone du cou qui se trouve pourtant à distance de l'endroit traité. A huit jours d'intervalle, on infiltre les différents placards. Dix jours après les lésions ont presque disparu, toutefois malgré une grosse amélioration locale quelques éléments vésiculaires apparaissent au niveau des avant-bras coïncidant avec la période cataméniale mais qui disparaissent bien-tôt à leur tour. La malade est considérée comme guérie.

7^e OBSERVATION

Madame M..., 50 ans, atteinte depuis trois mois d'eczéma dans la région ano-vulvaire. A l'examen on constate

des lésions assez étendues de muqueuses lichénifiées.

La malade se plaint d'un prurit intense lui causant tout sommeil. La première injection locale de la région détermine une grosse amélioration. Le prurit a incomplètement disparu, la rougeur s'est atténuée et l'eczéma semble en voie de régression.

Trois nouvelles injections pratiquées à cinq jours d'intervalle amènent la cessation des phénomènes morbides.

La région péri-anale est complètement guérie et la malade signale une diminution très nette des démangeaisons. Elle peut dormir; après la 5^e injection, l'eczéma péri-vulvaire disparaît à son tour, le prurit a cédé.

La guérison est complète.

8^e OBSERVATION

Madame C..., 35 ans, présente depuis six ans des plaques d'eczéma au niveau de la partie antéro-externe de l'avant-bras droit.

A l'examen on constate un vaste placard avec infiltrations, de dimensions d'une pièce de 5 fr. à bords irréguliers.

Toutes les thérapeutiques locales ainsi que 12 injections de l'autohémothérapie profonde n'ont donné aucun résultat.

On institue un traitement d'injections locales. Quelques heures après la première injection, le prurit disparaît; au bout de la 3^e, le prurit a complètement cessé, la plaque s'est décolorée, l'infiltration disparaît en partie et la peau reprend sa souplesse.

A la 10^e piqûre la malade est guérie.

9° OBSERVATION

M. R..., 40 ans, plongeur, présente depuis un an des plaques d'eczéma à la face dorsale des deux mains et des poignets avec, par endroits, épaississements de la peau, prurit intense et continu, surtout pénible au contact de l'eau.

Tous les traitements locaux pour enrayer son eczéma ont échoué. On institue des injections d'autohémothérapie locale. Le lendemain de la première piqûre, le prurit cesse. Trois injections consécutives pratiquées à raison d'une par jour, amènent la décoloration de la plaque. L'amélioration se poursuit parallèlement sur les deux mains, son contour s'estompe, la peau s'assouplit à la périphérie. Après la 10^e injection, les plaques ont presque disparu, à la 12^e la peau est redevenue souple, laissant pourtant, au centre de la main droite, un petit noyau infiltré de dimensions d'une pièce de 1 fr.

On revoit le malade un mois plus tard. L'amélioration s'est maintenue; on pratique de nouvelles injections et, après la 4^e, le noyau a également disparu.

10° OBSERVATION

Madame B..., 32 ans, ménagère, présente des plaques d'eczéma kératinisés à la face externe de la cuisse droite de dimensions d'une petite paume de mains et datant de six ans; et depuis deux ans elle présente des crises fréquentes d'asthme.

Les thérapeutiques locales ainsi que des injections profondes du sang sont restées sans résultat. La malade se plaint du prurit continu.

On institue un traitement d'autohémothérapie locale. Le soir même de la première injection le prurit a cessé. Après quatre injections, la plaque diminue, la peau s'as-

souplit, l'infiltration disparaît.

A la 10^e, la malade est presque guérie, il ne reste qu'un petit espace de consistance très souple tranchant sur la peau saine par sa coloration jambonnée.

Pendant tout le temps du traitement, la malade n'a pas eu de crises d'asthme et cette amélioration persiste pendant un an, date à laquelle on revoit la malade.

11^e OBSERVATION

Madame T... présente une petite plaque eczémateuse au niveau du périnée s'étendant vers l'anus datant de six mois et accompagnée d'un prurit intense qui empêche la malade de dormir.

Toutes les thérapeutiques usuelles locales ainsi que la haute fréquence et l'autohémothérapie profonde, n'ont donné aucun résultat.

On institue un traitement par injections locales.

Après la 2^e piqûre, le prurit a cessé, après la 6^e, la plaque perd de son étendue, de sa rougeur et de son infiltration, les bords s'estompent, l'amélioration se poursuit de la périphérie vers le centre.

On continue les piqûres, à raison d'une tous les deux jours. A la 12^e, la malade est considérée comme guérie.

12^e OBSERVATION

Madame N..., 28 ans, ménagère, présente des plaques d'eczéma au niveau de la face dorsale des deux mains, des poignets et de l'avant-bras gauche. Tous les traitements appliqués pendant deux ans n'ont donné aucun résultat appréciable. Depuis quatre mois la malade se plaint d'un prurit intense, surtout aux approches des rè-

gles et presque chaque fois qu'il y a contact avec l'eau.

A l'examen, on constate à la main droite l'existence d'un placard kératosique de dimensions d'une petite paume de main à bords irréguliers; à la main gauche, un placard analogue à celui du côté droit, mais la partie centrale présente quelques minimes crevasses, il est plus étendu et remonte jusqu'au $\frac{1}{3}$ inférieur de la face postérieure de l'avant-bras.

Les trois premières injections locales pratiquées tous les jours n'amènent aucun résultat à la main gauche, par contre à la main droite l'amélioration est sensible, le prurit s'atténue et on ne note aucune poussée à la période cataméniale qui coïncide avec ces injections.

Après la 6^e piquûre, on constate à la main droite la disparition presque complète du placard; seul un petit noyau central toutefois moins rouge qu'au début persiste. La peau s'est assouplie.

Grosse amélioration également à la main gauche. La plaque d'eczéma change de teinte, d'étendue et les infiltrations diminuent considérablement. A la périphérie, la peau s'est assouplie, la rougeur s'est atténuée, les crevasses ont disparu, et le prurit a cédé complètement.

On continue la série à raison d'une injection tous les jours et au bout de la 12^e, on note une guérison complète de la main droite. A gauche, un noyau de dimensions d'une pièce de 5 francs persiste pourtant, mais il a perdu de sa rougeur et de son infiltration.

Après un mois de repos, un nouvel examen de la malade permet de constater qu'aucune aggravation des lésions ne s'est produite. La guérison à droite s'est maintenue. A gauche, la plaque d'eczéma ne s'est pas agrandie et n'a pas changé de couleur, les tissus ne se sont pas infiltrés.

On pratique tous les deux jours de nouvelles injections locales autour de la plaque et au bout de la sixième, on constate sa disparition complète, le léger prurit qui persistait ayant cédé après la deuxième injection.

CONCLUSIONS

1° L'autohémothérapie locale est une méthode récente, applicable avant tout aux eczémas localisés; cependant des lésions plus étendues sont justiciables de ce traitement en ayant soin de pratiquer plusieurs injections en des points différents.

2° L'âge des lésions ne nuit nullement au succès, il semble même que cette méthode agisse d'autant mieux que les lésions sont plus anciennes.

3° L'autohémothérapie ainsi pratiquée peut agir par deux mécanismes :

a) L'un purement mécanique. L'injection du liquide dans le derme produit une distension de la peau, isole les extrémités nerveuses, ou peut-être même les détruit;

b) L'autre, désensibilisateur local et général. Nous rapportons, en effet, des observations où le prurit a cédé dans des zones situées à distance du point injecté et également d'autres observations concernant des asthmatiques améliorés par l'injection cutanée d'une zone d'eczéma.

4° Cette action dans le prurit paraît essentielle dans le processus de cicatrisation des plaques d'eczéma, puisque la disparition des démangeaisons évite les traumatismes locaux et les infections accidentelles.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- M. Hamburger, P. Marre et A. Waynberger.* — Traitement des névrodermites et eczémas localisés par la distension cutanée et l'autohémothérapie locale (Bull. Méd. Paris 46: 263-264, Avril 9, 1932).
- R. Bensaude, M. Hamburger, P. Chene.* — Le prurit anal (Gazette médicale de France et des pays de langue française, Nov. 1932.)
- Tzanck A. Berger et Sidi.* — Traitement des prurits localisés et des eczémas circonscrits par des injections locales de novocaïne par l'autohémothérapie (Soc. de Derm. et de Syph. Déc. 1933).
- Darrier et Franck.* — Les traitements actuels de l'eczéma (Presse Méd. Janvier 1931).
- Luithlen.* — Experimentelle Untersuchungen über intrakutane injektionen. (Deutsche Dermatologische Gesellschaft; 14 sept. 1926).
- Sedillot.* — L'eczéma, l'urticaire et les dermatoses prurigineuses. (Paris 1934).
- Jaussion.* — Le rôle de la sensibilisation dans les eczémias et sa preuve thérapeutique (Bulletin Doc. de Derm. et Syph. Fév. 1928).
- Levy Franckel et Gerson.* — Les injections sous-cutanées locales de sérum physiologique dans le prurit et eczémas lichénifiés. (Journ. de Médecine de Paris et Société Méd. de l'Opéra; 1932).
- E. Ciparrone.* — Contributo clinico alla cura dell'eczéma nell' adulto con l'autoemoterapia (Gazz. Internaz. med. chir. 33: 109; 31 mars 1928).

- Mazzeo.* — Tentativi di autoemoterapia nelle manifestazioni eczematose della diatesi essudativa.
- D. J. Kok.* — Autohemotherapy in eczéma impetiginosum, eczéma humida acuta and furunculosis in dogs (Tijdschr. V. Diergencesk 58 : 128-129 Fév. 1-31).
- Becart.* — Prurit et auto-hemothérapie (Soc. de Méd. de Paris, 8 mai 1925).
- Jaussion, Col, Sohier.* — Traitement des eczémas, maladies de sensibilisation (Soc. Méd. des Hôpitaux, nov. 1929).
- Sabouraud.* — L'eczéma (Presse Méd. Fév. 1932).
- Cezary.* — Eczéma et allergie (Presse Méd. Nov. 1933).

